



Encuesta de Salud Comunitaria (2025)

¡Construyamos juntos una comunidad más saludable! Nos asociamos con NCH, el Departamento de Salud de Florida en el Condado Collier y Healthcare Network para realizar una encuesta comunitaria sobre las necesidades de atención médicas. Su participación es crucial para identificar brechas en los servicios, mejorar el acceso a la atención y garantizar un futuro más saludable para todos los residentes. Su opinión influirá directamente en el desarrollo de programas y recursos que satisfagan mejor las necesidades de nuestra comunidad. ¡Apreciamos su tiempo y sus valiosos conocimientos!

1. ¿Cómo calificaría la **salud general** de los residentes de su comunidad?

☐ Excelente ☐ Bueno ☐ Neutral ☐ Regular ☐ Deficiente

2. ¿Cómo calificaría la **calidad** de la atención médica en su comunidad?

☐ Excelente ☐ Bueno ☐ Neutral ☐ Regular ☐ Deficiente

3. ¿Dónde cree que acuden principalmente los residentes de su comunidad para obtener información de salud (seleccione 2)?

- | | |
|--|---|
| ☐ Facebook | ☐ Revistas |
| ☐ Médicos de familia o proveedores de salud | ☐ Periódico |
| ☐ Amigos o familiares | ☐ Sitio web oficial del gobierno (CDC) |
| ☐ Búsqueda en Google | ☐ Radio |
| ☐ Departamento de salud | ☐ Televisión |
| ☐ Ferias de salud | ☐ TikTok |
| ☐ Instagram | |

☐ Otro _____

4. ¿A dónde acude para recibir atención médica (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- | | |
|---|---|
| ☐ No lo sé | ☐ Clínica Médica |
| ☐ Médico de familia | ☐ Telesalud |
| ☐ Departamento de salud | ☐ Atención de urgencia |
| ☐ Hospital/Sala de emergencias | |

☐ Otro _____

5. ¿Tiene un proveedor de atención primaria (un médico al que visita para la mayoría de sus problemas)?

☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

¿Si es así, qué instalación estás visitando? _____

Por favor, envíe por correo o fax las encuestas completadas a: Health Planning Council of Southwest Florida, Inc.

ATTN: Julia Cooper

8961 Daniels Center Drive, Suite 401, Fort Myers, FL 33912

Email: Planning@hpcswf.com Fax: (239) 433-6705

Encuesta de Salud Comunitaria (2025)

6. ¿Cómo elige a sus proveedores de atención médica?

- | | |
|--|---|
| ☐ Programa de caridad | ☐ Redes sociales (Facebook, Instagram) |
| ☐ Distancia | ☐ Cita lo más pronto posible |
| ☐ Búsqueda en Google | ☐ Habla mi idioma |
| ☐ Recomendaciones (amigos/familiares) | ☐ Calificaciones y reseñas web |
| ☐ Referencia del médico/sala de emergencias | ☐ Lo que esté en mi Segur |
| ☐ Compra por costo/tarifa en efectivo | |

☐ Otro _____7. ¿Cuáles son los tres **problemas de salud** más importantes que afectan a personas como usted, sus amigos y su familia en su comunidad? (seleccione 3)

- | | |
|--|---|
| ☐ Acceso a atención primaria (médico de familia) | ☐ VIH/SIDA |
| ☐ Acceso a atención especializada (médicos que brindan atención para un problema médico específico) | ☐ Bienestar mental (estrés, aislamiento, etc.) |
| ☐ Adicción | ☐ Personas sin hogar |
| ☐ Problemas de envejecimiento (artritis, pérdida de audición o visión, etc.) | ☐ No hay suficientes médicos |
| ☐ Asma | ☐ Tráfico humano |
| ☐ Cáncer | ☐ Mala nutrición/alimentos de calidad |
| ☐ Problemas dentales | ☐ Falta de comida/hambre |
| ☐ Diabetes | ☐ Obesidad |
| ☐ Condiciones de salud mental (diagnosticadas/no diagnosticadas) | ☐ Atención previa y posterior al embarazo |
| ☐ Violencia doméstica | ☐ Gripe |
| ☐ Enfermedad cardíaca y accidente cerebrovascular | ☐ Enfermedades respiratorias (gripe, VRS) |
| | ☐ Cuidado de personas mayores |
| | ☐ Enfermedades de transmisión sexual (ETS) |
| | ☐ Suicidio |
| | ☐ Embarazo adolescente |
| | ☐ Condiciones de vida inseguras |
| | ☐ Ambiente de trabajo inseguro |
| | ☐ Problemas de salud de las mujeres |

☐ Otro _____

Por favor, envíe por correo o fax las encuestas completadas a: Health Planning Council of Southwest Florida, Inc.

ATTN: Julia Cooper

8961 Daniels Center Drive, Suite 401, Fort Myers, FL 33912

Email: Planning@hpcswf.com Fax: (239) 433-6705

Encuesta de Salud Comunitaria (2025)

8. ¿Cuáles de los siguientes son los tres comportamientos de riesgo más importantes en su comunidad? (seleccione 3)

- | | |
|--|---|
| ☐ Conducir distraído | ☐ No usar cinturones de seguridad/asientos de seguridad para niños |
| ☐ Abandono de la escuela | ☐ No llevar casco (bicicleta, deportiva, moto) |
| ☐ Falta de ejercicio | ☐ Malos hábitos alimentarios |
| ☐ Falta de comprensión del sistema de salud | ☐ Fumar/tabaco/vapear |
| ☐ No hacerse exámenes anuales | ☐ Abuso de sustancias (drogas, alcohol, medicamentos recetados, otros) |
| ☐ No recibir vacunas para prevenir enfermedades | ☐ Prácticas inseguras para dormir en los bebés |
| ☐ No buscar atención antes y después del embarazo | ☐ Relaciones sexuales sin protección |
| ☐ No usar métodos anticonceptivos | ☐ Prácticas de sueño inseguras (falta de sueño, etc.) |
| ☐ Otro _____ | |

9. ¿Cuál cree que es la razón principal que impide que las personas en su comunidad busquen tratamiento médico?

- | | |
|--|---|
| ☐ Citas no disponibles en los horarios necesarios | ☐ Desconfianza |
| ☐ Costo (atención médica) | ☐ No hay citas disponibles con el médico |
| ☐ Costo (medicamentos, suministros) | ☐ No hay médicos dispuestos a aceptar un seguro médico |
| ☐ Creencias culturales/de salud | ☐ Transporte |
| ☐ No me sentí bienvenido ni respetado | ☐ Díficil concertar una cita (proceso) |
| ☐ Miedo (no estar preparado para afrontar problemas de salud) | ☐ Tener que esperar demasiado en el consultorio del médico |
| ☐ Servicios de salud demasiado lejos | ☐ Falta de servicios de calidad |
| ☐ Falta de seguro | ☐ Estigma (miedo a ser juzgado) |
| ☐ Falta de conocimiento/comprensión de la necesidad | ☐ Demasiado ocupado/no puedo salir del trabajo |
| ☐ Barrera del idioma | ☐ No puedo pagar la visita al médico |
| ☐ Salud mental/conductual | ☐ Ninguno/sin barreras |
| ☐ Otro _____ | |

Por favor, envíe por correo o fax las encuestas completadas a: Health Planning Council of Southwest Florida, Inc.

ATTN: Julia Cooper

8961 Daniels Center Drive, Suite 401, Fort Myers, FL 33912

Email: Planning@hpcswf.com Fax: (239) 433-6705

Encuesta de Salud Comunitaria (2025)

10. ¿Qué factores ambientales afectan su salud, la de sus amigos y/o la de su familia?

- | | |
|---|---|
| ☐ Calidad del aire | ☐ Falta de parques/instalaciones recreativas |
| ☐ Inundaciones | ☐ Falta de aceras |
| ☐ Falta de acceso a opciones de alimentos saludables | ☐ Falta de transporte |
| ☐ Falta de carriles para bicicletas | ☐ Falta de alumbrado público |
| ☐ Falta de vivienda asequible/adecuada | ☐ Moho o hongos en el hogar |
| ☐ Falta de agua potable | ☐ Condiciones de la carretera/tráfico |
| ☐ Falta de tiendas de comida | ☐ Peligro en el lugar de trabajo |
| | ☐ Contaminación del agua (algas, marea roja) |

11. ¿Qué tipos de residentes de su comunidad tienen más dificultades para acceder a la atención médica con respecto a otros?

- | | |
|---|---|
| ☐ Adultos | ☐ Personas con problemas de salud mental/conductual |
| ☐ Personas mayores/personas de la tercera edad | ☐ Mujeres embarazadas |
| ☐ Niños | ☐ Padres solteros |
| ☐ Beneficiarios de Medicaid/Medicare | ☐ Adolescentes |
| ☐ Sin hogar | ☐ Sin seguro/bajos ingresos |
| ☐ Migrantes/trabajadores agrícolas | ☐ Veteranos |
| ☐ No habla inglés | ☐ Personas en situación de dependencia (acogimiento familiar/atención no familiar) |
| ☐ Personas con discapacidad | ☐ Ninguno |

☐ Otro _____

12. Si la telemedicina (visitas médicas por teléfono o computadora con video) estuviera disponible, usted o su familia/amigos usarían esos servicios?

- | | |
|---|--|
| ☐ Sí, ya estoy usando este servicio | ☐ No, prefiero reunirme en persona |
| ☐ Sí, usaría este servicio | ☐ No, no tengo el equipo ni acceso a Internet |
| ☐ No, no me gusta usar el teléfono ni los videos | ☐ No estoy seguro |

Por favor, envíe por correo o fax las encuestas completadas a: Health Planning Council of Southwest Florida, Inc.

ATTN: Julia Cooper

8961 Daniels Center Drive, Suite 401, Fort Myers, FL 33912

Email: Planning@hpcswf.com Fax: (239) 433-6705

Encuesta de Salud Comunitaria (2025)

13. ¿Hay servicios a los que usted, sus amigos y su familia tengan dificultades para acceder en su comunidad?

☐ No

☐ Sí, Audiología/audición

☐ Sí, atención dental (para adultos)

☐ Sí, atención dental (para niños)

☐ Sí, diálisis

☐ Sí, atención de emergencia

☐ Sí, atención hospitalaria

☐ Sí, servicios de laboratorio

☐ Sí, Medicamentos/Farmacia

☐ Sí, atención de salud mental/conductual (para adultos)

☐ Sí, atención de salud mental/conductual (para niños)

☐ Sí, Nutrición

☐ Sí, atención obstetra/ginecológica (maternidad, atención prenatal)

☐ Sí, terapia ocupacional (para mejorar la capacidad para realizar las actividades diarias)

☐ Sí, Optometría/visión

☐ Sí, cuidados paliativos

☐ Sí, atención pediátrica

☐ Sí, fisioterapia/logopedia

☐ Sí, atención primaria

☐ Sí, atención especializada

☐ Sí, tratamiento por abuso de sustancias

☐ Sí, Otro _____

14. ¿Qué necesita su comunidad para mejorar la salud de su familia, amigos y vecinos?

☐ Servicios de salud adicionales

☐ Vivienda accesible (hipoteca o alquiler)

☐ Programas extraescolares/después de la escuela

☐ Asistencia para solicitar servicios (SNAP, Medicaid)

☐ Carriles para bicicletas/senderos para caminar

☐ Asesoramiento y grupos de apoyo

☐ Cuidado dental

☐ Asistencia financiera para atención médica

☐ Educación para la salud

☐ Opciones de alimentos más saludables

☐ Oportunidades laborales

☐ Servicios de salud mental/conductual

☐ Más médicos

☐ Servicios de tratamiento por abuso de sustancias

☐ Transporte

☐ Programas de bienestar

☐ Otro _____

Por favor, envíe por correo o fax las encuestas completadas a: Health Planning Council of Southwest Florida, Inc.

ATTN: Julia Cooper

8961 Daniels Center Drive, Suite 401, Fort Myers, FL 33912

Email: Planning@hpcswf.com Fax: (239) 433-6705



healthcare
network



HEALTH
PLANNING
COUNCIL
OF SOUTHWEST FL
HEALTH FOCUSED COMMUNITY DRIVEN



Encuesta de Salud Comunitaria (2025)

15. Clasifique lo siguiente en orden de importancia para su comunidad en una escala del 1 al 10. Una clasificación de 1 significa que el tema es más importante y una clasificación de 10 significa que el tema es de menor importancia.

____ Acceso al cuidado

____ Consumo de alcohol y drogas

____ Enfermedad crónica (enfermedad cardíaca, diabetes, cáncer)

____ Enfermedades transmisibles

____ Salud dental

____ Discapacidades (físicas, sensoriales, intelectuales)

____ Salud de los adultos mayores

____ Salud mental

____ Obesidad

____ Lesiones no intencionales

16. Comparta cualquier comentario adicional sobre las necesidades de atención médica en su comunidad.

17. ¿En qué condado reside?

☐ Condado de Collier ☐ Condado de Lee ☐ Otro _____

Por favor, envíe por correo o fax las encuestas completadas a: Health Planning Council of Southwest Florida, Inc.

ATTN: Julia Cooper

8961 Daniels Center Drive, Suite 401, Fort Myers, FL 33912

Email: Planning@hpcswf.com Fax: (239) 433-6705

Encuesta de Salud Comunitaria (2025)

18. ¿Cuál es su código postal? _____

19. ¿Es usted residente permanente, estacional o temporal en esta comunidad?

☐ Permanente☐ Estacional☐ Temporal

20. Edad:

☐ 18-25☐ 26-39☐ 40-54☐ 55-64☐ 65-84☐ 85 y más

21. Género:

☐ Hombre☐ Mujer

22. Raza/Etnia:

☐ Indio Americano O Nativo De Alaska☐ Asiático☐ Negro o Afroamericano☐ Haitiano☐ Hispano o Latino☐ Medio Oriente/Norte de África☐ Mixto/Más De Una Raza☐ Nativo De Hawái U Otra Isla Del Pacífico☐ Blanco

País de origen, si no es EE. UU. _____

23. ¿Cuál es su idioma principal?

☐ Inglés☐ Español☐ Creol☐ Otro _____

24. ¿Qué tipo de seguro tiene?

☐ Medicaid (Staywell, Prestige, etc.)☐ Medicare☐ Plan Medicare Advantage☐ Seguro privado (pago por cuenta propia, ACA)☐ Seguro privado (a través del empleador)☐ Ninguno☐ Veterano/TRICARE☐ Otro _____

25. ¿Cuál es el ingreso anual de su hogar?

☐ Menos de \$25,000☐ \$25,001-\$49,999☐ \$50,000-\$99,999☐ \$100,000 y más

26. ¿Cuál es su nivel de educacion más alto?

☐ Escuela secundaria o menos☐ Diploma de escuela secundaria/GED☐ Universidad☐ Título asociado☐ Licenciatura☐ Título avanzado (maestría o doctorado)

Por favor, envíe por correo o fax las encuestas completadas a: Health Planning Council of Southwest Florida, Inc.

ATTN: Julia Cooper

8961 Daniels Center Drive, Suite 401, Fort Myers, FL 33912

Email: Planning@hpcswf.com Fax: (239) 433-6705